

DASAR ASURANSI KESEHATAN (MANAGED CARE)

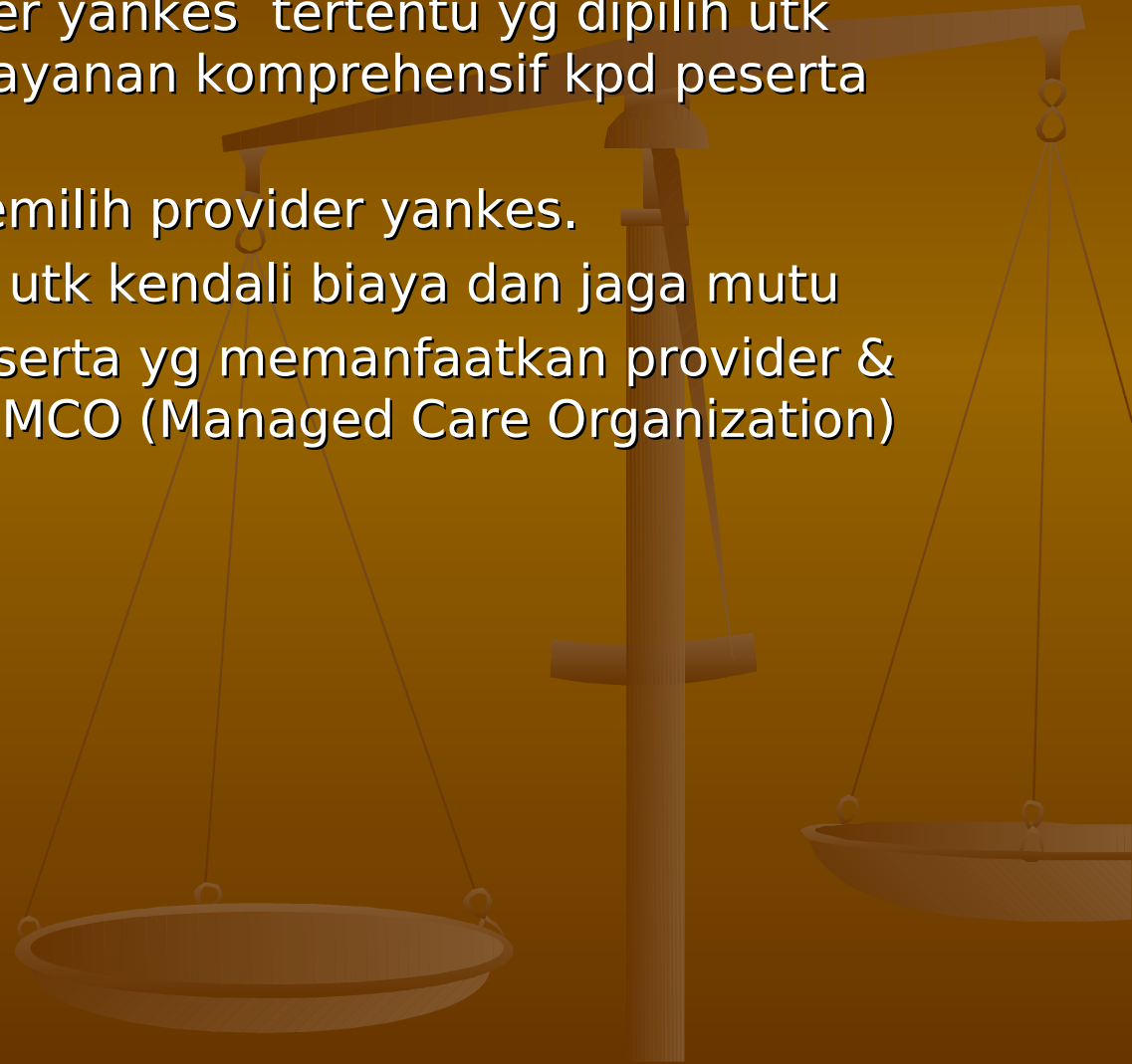


Chriswardani S
FKM – MIKM UNDIP

MANAGED CARE :

Adalah sistem pelayanan kesehatan yg mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan yankes. Sistem ini dikenal di USA, dgn unsur2:

- a. Pengaturan dgn provider yankes tertentu yg dipilih utk menyediakan paket pelayanan komprehensif kpd peserta (bertanggung jawab).
- b. Standar tertentu utk memilih provider yankes.
- c. Adanya program formal utk kendali biaya dan jaga mutu
- d. Adanya insentif bagi peserta yg memanfaatkan provider & prosedur yg ditetapkan MCO (Managed Care Organization)



Tipe MCO :

1.HMO (Health Maintenance Organization):

Paket manfaat yg komprehensif sec pra upaya (dibayar dimuka), peserta sukarela, dokter umum (dokter keluarga) sbg *gatekeeper*. Ada 4 tipe:

a. Model staff HMO → HMO punya klinik sendiri, dokter sbg staff HMO & terima gaji dr HMO, hanya melayani peserta HMO.

b. Model Group HMO → HMO kontrak dg klmpk dokter utk memberi yankes pd peserta Dokter bukan pegawai HMO ttp dipekerjakan oleh kelompoknya, dibayar dgn tarif negosiasi. Bisa juga kelompok dokter mempunyai HMO.

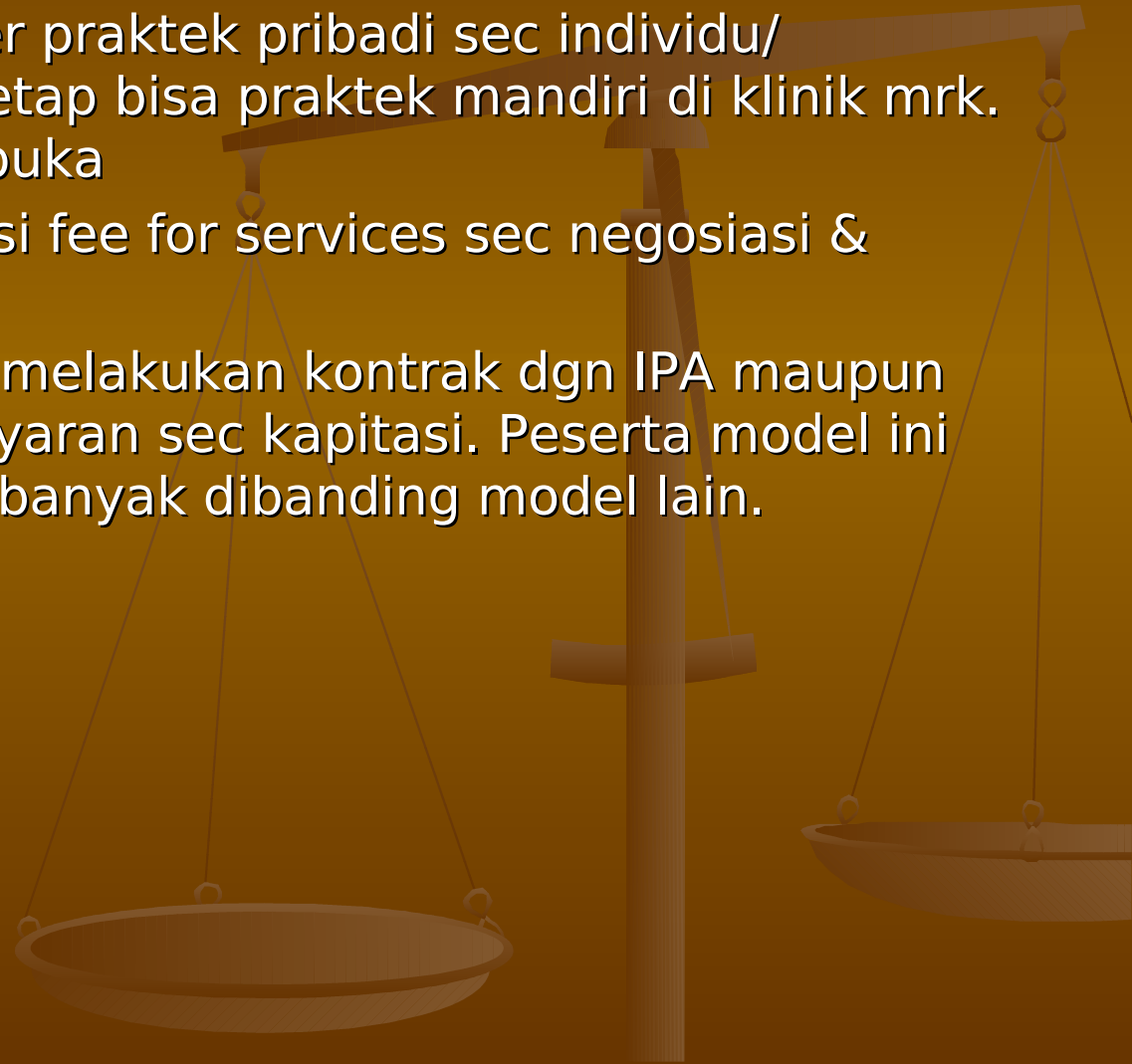
Model a dan b adalah model panel tertutup krn peserta HMO hanya boleh menggunakan jasa kelompok dokter yg dikontrak/dipekerjakan HMO

c. Model IPA (Independence Practice Association)

HMO kontrak dgn dokter praktek pribadi sec individu/ kelompok. Dokter tsb tetap bisa praktek mandiri di klinik mrk. Merup model panel terbuka

IPA menerima kombinasi fee for services sec negosiasi & kapitasi.

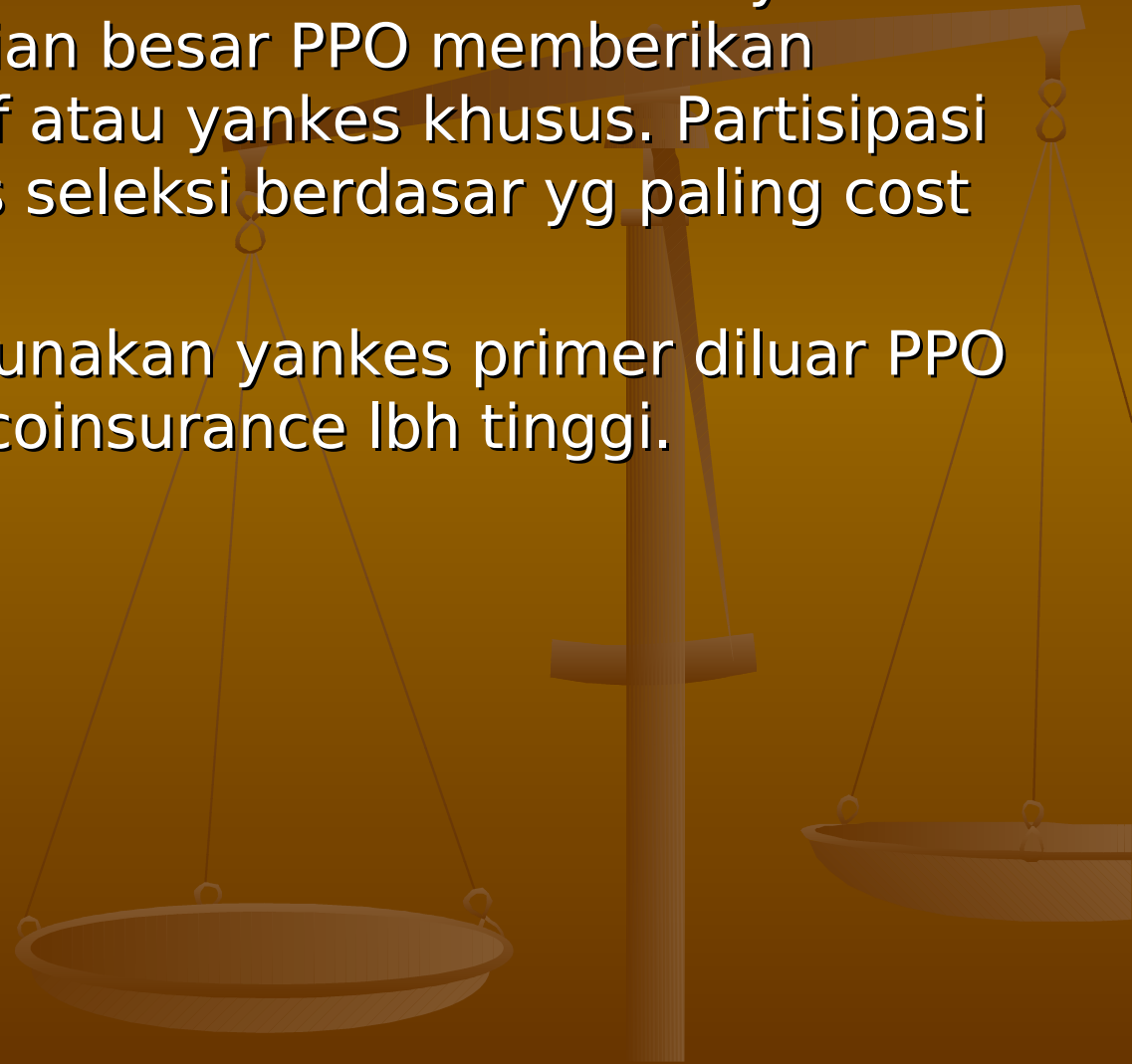
d. Model Network → HMO melakukan kontrak dgn IPA maupun kelompok & RS. Pembayaran sec kapitasi. Peserta model ini mempunyai pilihan plg banyak dibanding model lain.



2.PPO (Preferred Provider organization):

kelompok dokter, rumah sakit & lainnya mengadakan kontrak dgn MCO, TPA (Third Party Organization), perusahaan utk memberikan yankes kpd peserta. Sebagian besar PPO memberikan yankes komrehensif atau yankes khusus. Partisipasi provider dgn proses seleksi berdasar yg paling cost effective.

Bila peserta menggunakan yankes primer diluar PPO dikenai denda dgn coinsurance lbh tinggi.



3. EPO (Exclusive Provider organization):

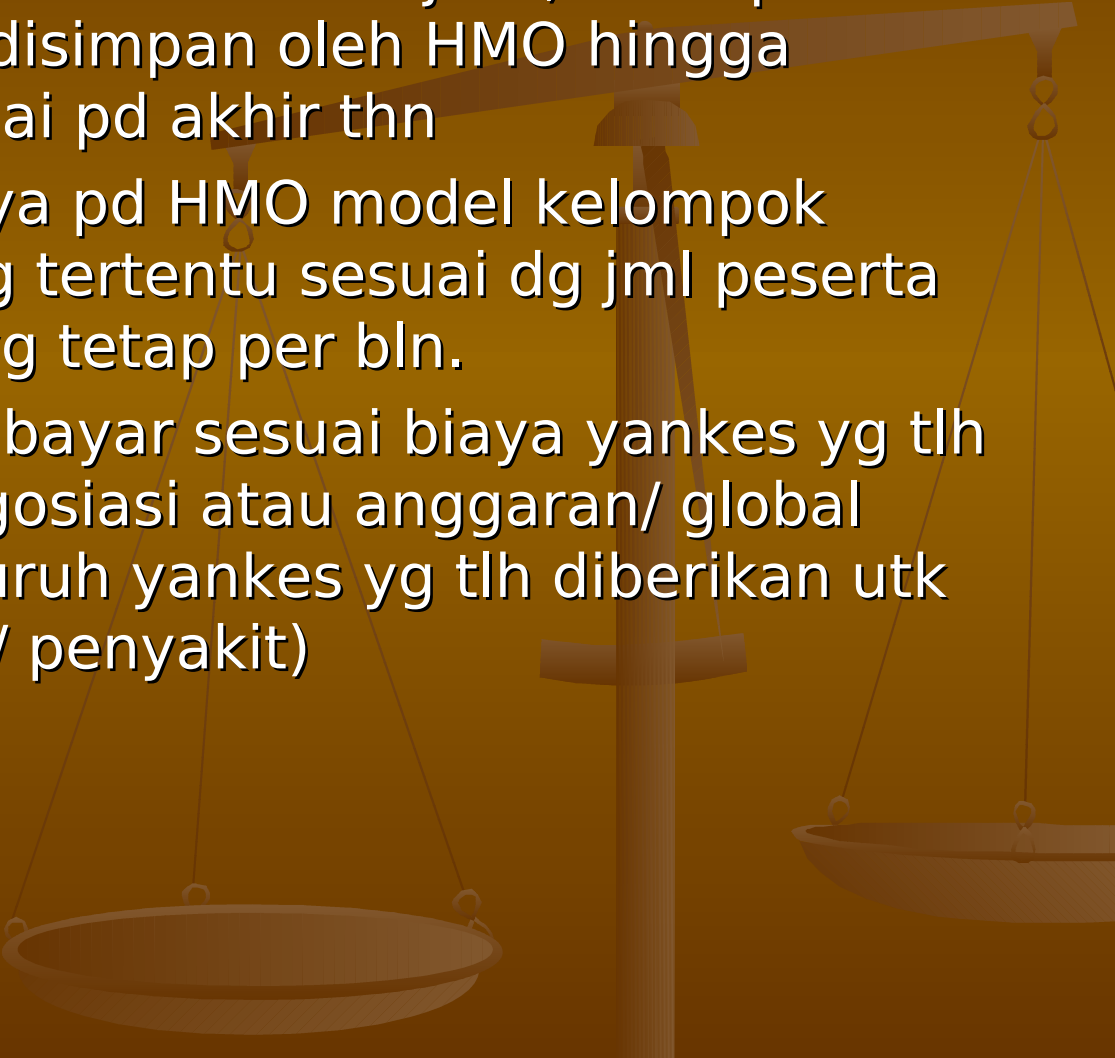
EPO adl bentuk PPO yg paling ketat & dikontrol. Pelayanan menggunakan provider yg tdk berafiliasi tdk akan dibayar. Provider dibayar sec *fee for services* dg *negociated discount*. Provider ikut serta dgn seleksi yg lbh ketat drpd PPO.

Peserta mendptkan provider yg bermutu ttp dgn pilihan terbatas.

4. POS (Point of Services):

Mengkombinasikan ciri2 HMO dan PPO. Jaminan komprehensif dg dokter keluarga spt pd HMO, peserta dpt memilih provider diluar jaringan dgn bayar selisih biaya/ biaya lbh besar

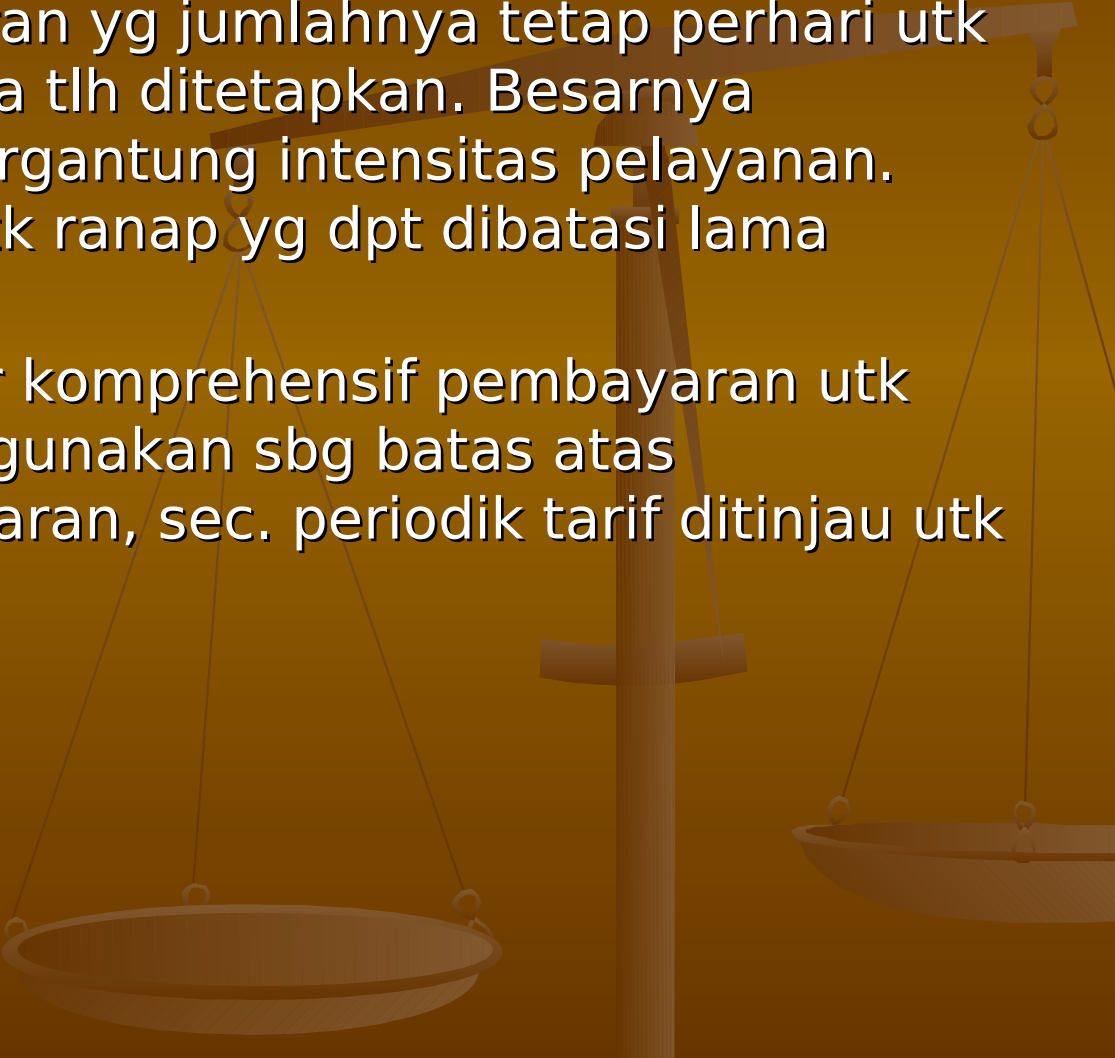
PEMBAYARAN KPD PROVIDER:

1. Gaji → gaji per bulan diberikan pd HMO model staf. Selain gaji mrk mendptkan manfaat lain spt asuransi malpraktek, asuransi kesehatan & jiwa, dana pensiun. Seringkali % ttt gaji disimpan oleh HMO hingga kinerja program dinilai pd akhir thn
 2. Kapitasi → khususnya pd HMO model kelompok dibayar dgn jml uang tertentu sesuai dg jml peserta yg dilayani dlm jml yg tetap per bln.
 3. Fee for services → dibayar sesuai biaya yankes yg tlh diberikan ttp sec negosiasi atau anggaran/ global (dibayarkan utk seluruh yankes yg tlh diberikan utk satu episode khusus/ penyakit)
- 

4. Pool rujukan → dokter primer dibayar sejumlah kapitasi ttt utk rujukan ke RS atau yankes lain. Pd akhir thn dokter tsb dpt menikmati sisa pool yg tdk dibayarkan jika target pemanfaatan terpenuhi.

5. Pelayanan tertentu diluar kapitasi (carve out):

Pelayanan ttt yg tdk dibayar dgn kapitasi (bukan pelayanan dasar) biasanya dibayar dgn fee for services yg nilainya tlh ditetntukan dahulu. Yankes ttt tsb biasanya pelayanan preventif & promotif.

- 
6. Peringkat kasus → biaya yg dinegosiasikan utk pelayanan spesifik berdasarkan peringkat kasus yg membutuhkan pelayanan ug lbh intensif, jumlahnya relatif tetap, mirip pembayaran global/ anggaran.
 7. Perdiem → pembayaran yg jumlahnya tetap perhari utk pelayanan yg sblmnya tlg ditetapkan. Besarnya perdiem bervariasi tergantung intensitas pelayanan. Biasanya diberikan utk ranap yg dpt dibatasi lama harinya.
 8. Tarif → adalah daftar komprehensif pembayaran utk pelayanan khusus, digunakan sbg batas atas (maksimum) pembayaran, sec. periodik tarif ditinjau utk disesuaikan.

9. DRG (Diagnostic Related Group) → adalah rerata biaya utk semua pelayanan ranap yg dikaitkan dgn suatu diagnosis & satu episode pelayanan.





UPAYA KENDALI BIAYA

DALAM
MANAGED CARE

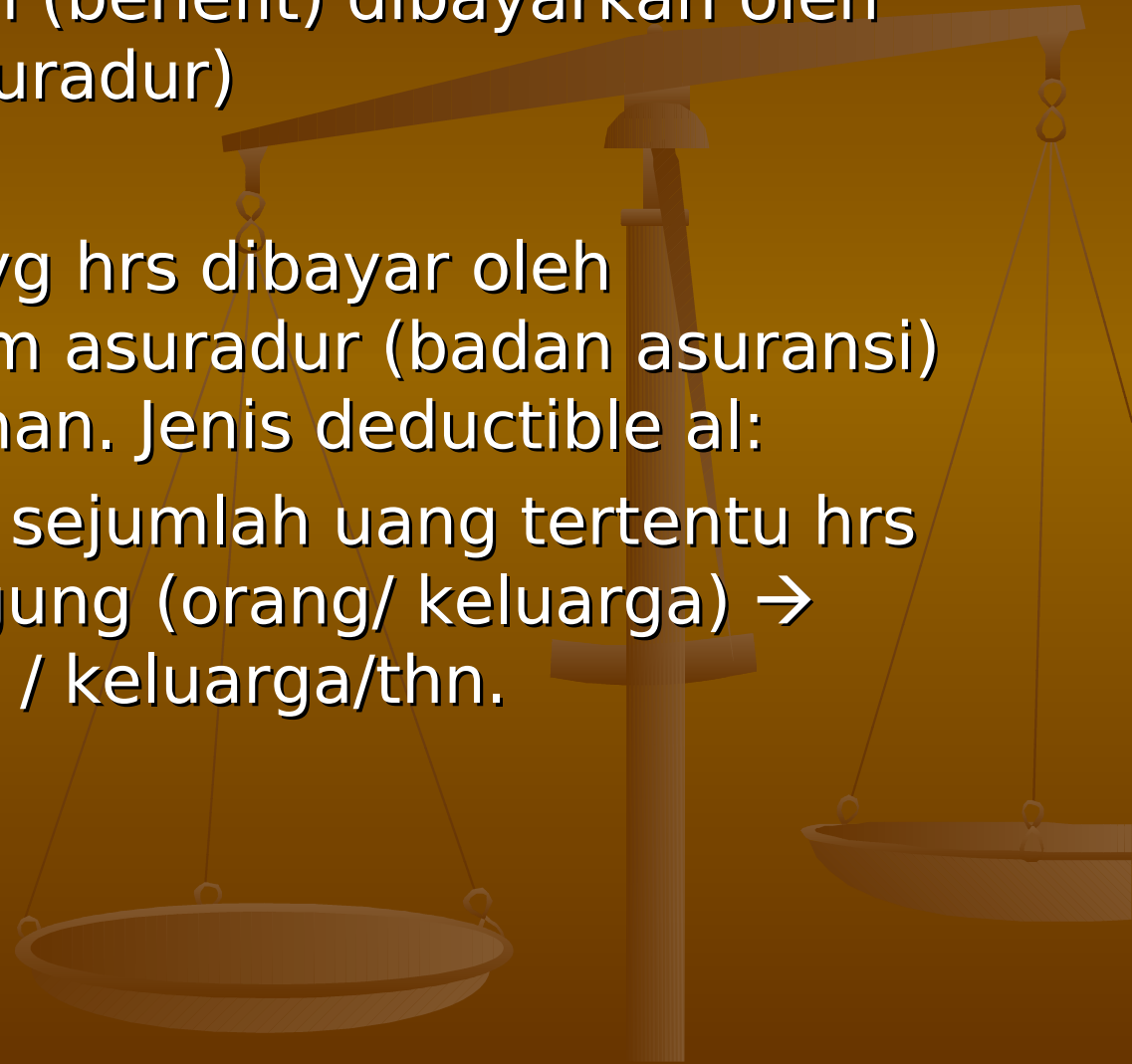
Ada beberapa upaya:

1. Iur Biaya (Cost Sharing): tertanggung (peserta) juga ikut menanggung sebagian biaya yankes sebelum jaminan (benefit) dibayarkan oleh penanggung (asuradur)

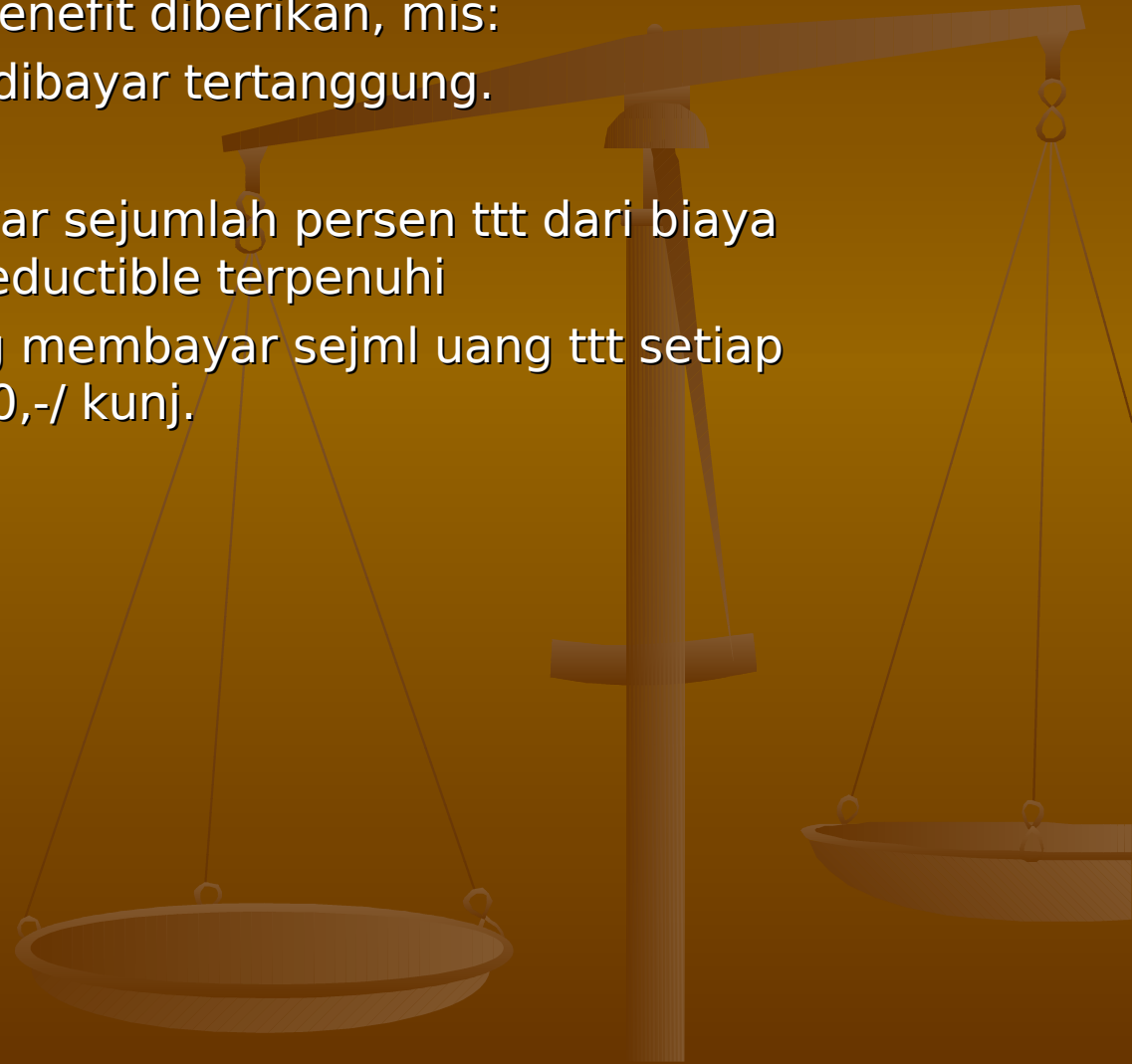
a. Deductible:

jumlah biaya yg hrs dibayar oleh tertanggung sblm asuradur (badan asuransi) membayar jaminan. Jenis deductible al:

* Flat deductible: sejumlah uang tertentu hrs dibayar tertanggung (orang/ keluarga) → contoh: US\$.100 / keluarga/thn.



- * Percentage deductible: persentase gaji thnan dgn maksimum jml ttt, mis : 1% gaji tahunan kotor dgn maksimum US\$1.000.
 - * Benefit related deductible : jml ttt dibebankan kpd tertanggung sblm benefit diberikan, mis: hari pertama ranap hrs dibayar tertanggung.
- b. Coinsurance :
- Tertanggung hrs membayar sejumlah persen ttt dari biaya pelayanan stlh besaran deductible terpenuhi
- c. Copayment : tertanggung membayar sejml uang ttt setiap pelayanan, mis: Rp.20.000,-/ kunj.



4. Maximum reimbursement level :

Asuradur membayar sampai jumlah tertentu dan bertanggung membayar sisanya.

5. Kontribusi pegawai:

Biasanya pada paket kumpulan yg disponsori perusahaan. Umumnya berupa flat jml uang ttt per bln atau persentase ttt dr gaji bulanan.

Mis : Askes PNS → 2% dari gaji pokok/ bln

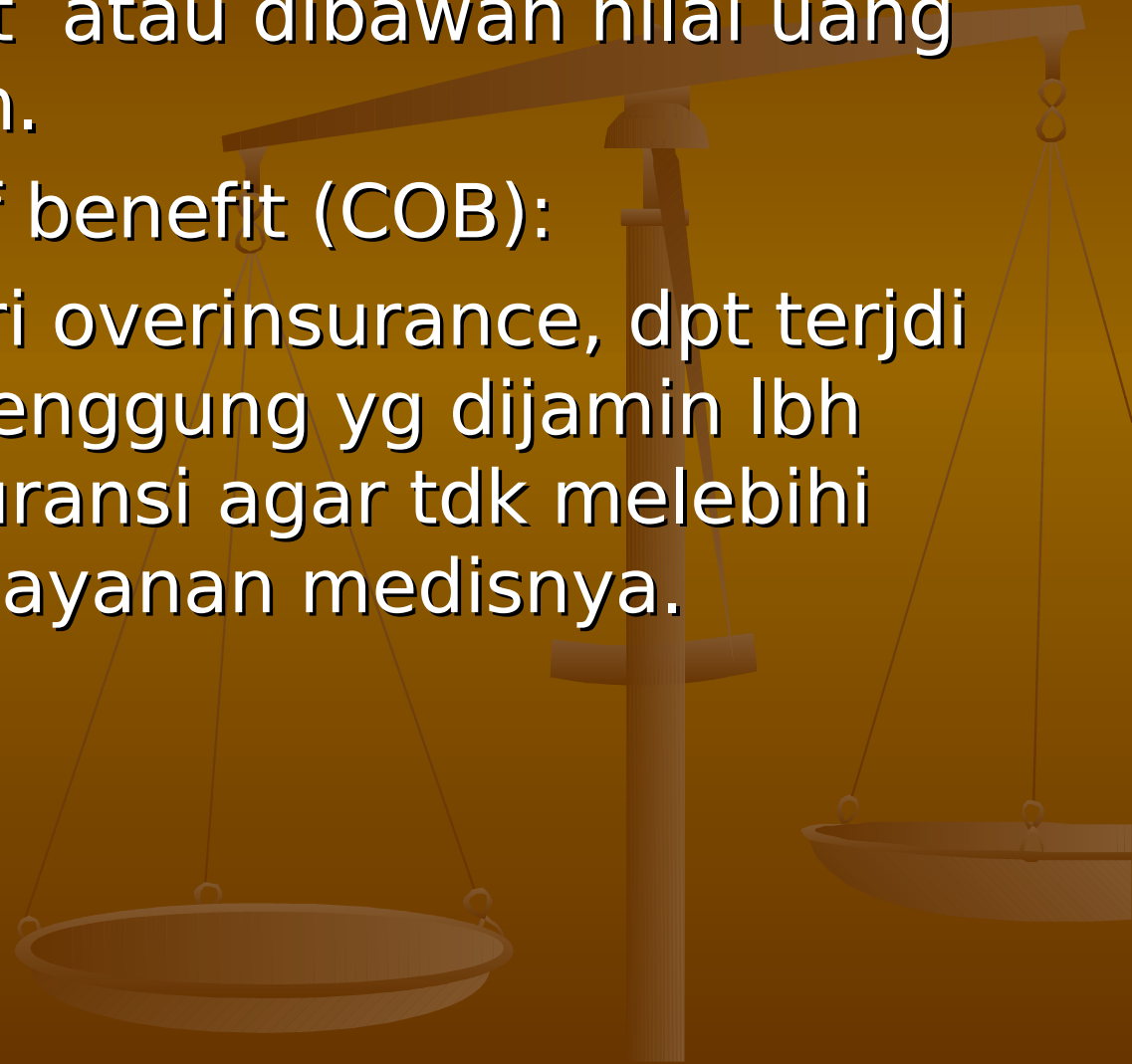
Jamsostek → 3% dari upah/ bln utk lajang

& 6% utk TK yg sdh berkeluarga

6. Insentif finansial: tertanggung mendpt "cash award" agar mrk termotivasi utk menurunkan biaya yan kes, diberikan krn klaimnya sedikit atau dibawah nilai uang ttt selama sethn.

7. Coordination of benefit (COB):

Utk menghindari overinsurance, dpt terjadi pd seorang tertanggung yg dijamin lbh dari 1 paket asuransi agar tdk melebihi biaya aktual pelayanan medisnya.



ALTERNATIF LAIN YG COST EFFECTIVE:

1. Pemeriksaan sebelum admisi di sarkes (RS):

Tujuan : menekan biaya pasien selama di ranap RS melalui pengurangan jml hari rawat. Misal: test2 pemeriksaan ttt sbg bagian dr tatalaksana ranap RS. Bukan merupakan program manfaat pelayanan diagnostik ttp merup bagian dari benefit rawat inap.

2. Pelayanan gawat darurat:

UGD biasanya mahal biayanya → asuradur menambah jlm deductible ttt utk penggunaan UGD atau coinsurance atas biaya UGD. Bila terbukti UGD mmg hrs, asuradur menanggung.

c. Admisi di akhir pekan:

Hari Jumat akan menambah 3 hari ekstra. Utk kasus elektif hr Jumat atau Sabtu, hari itu pasien tdk dapat benefit atau membebaskan deductible

ttp bila kasus gawat / persalinan, akan dicakup.

d. Bedah rawat jalan (one day surgery):

Teknik baru operasi & anestesi memungkinkan one day surgery kasus operasi ttt. Biaya akan berkurang krn tdk ranap.

e. Klinik bersalin:

Asuradur memberikan insentif pd pasien yg memanfaatkan klinik bersalin drpd RS dgn menghapus coinsurance.

f. Perawatan progresif:

Pasien menjalani berbagai tingkat perawatan sesuai kondisi kes, tdk perlu dimulai dr RS, akibatnya biaya pelayanan menj lbh murah.

Tingkatan pelayanan: perawatan intensif, rawat inap /kondisi akut biasa, skilled nursing facilities & perawatan dirumah /home health care.

g. Skilled nursing facilities (SNF):

SNF dibawah pengawasan RN atau tim dokter, cakupan meliputi: biaya kamar, pelayanan perawat, terapi fisik, obat dan perlengkapan medis. Biaya perhari di SNF < drpd di RS.

h. Perawatan kesehatan di rumah:

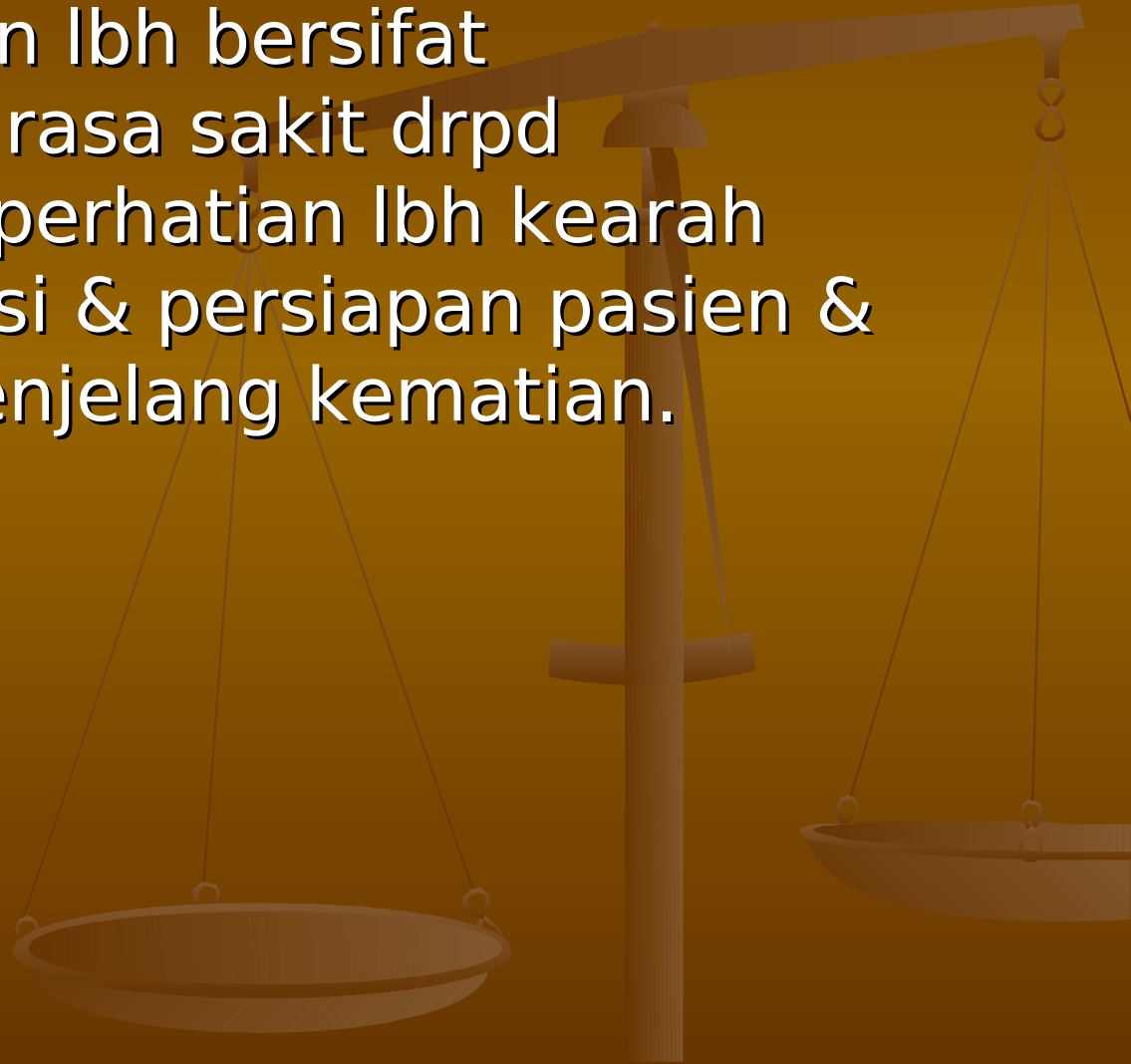
pelayanan perawatan di rumah oleh agen jasa, keputusan dokter utk mempergunakannya didasarkan pd kemampuan & keinginan pasien
Di Indonesia telah banyak RS yg memeberikan jasa ini, meliputi: jasa dokter, perawat, fisioterapi atau perawatan lansia.

i. Fasilitas pengobatan ketergantungan obat:

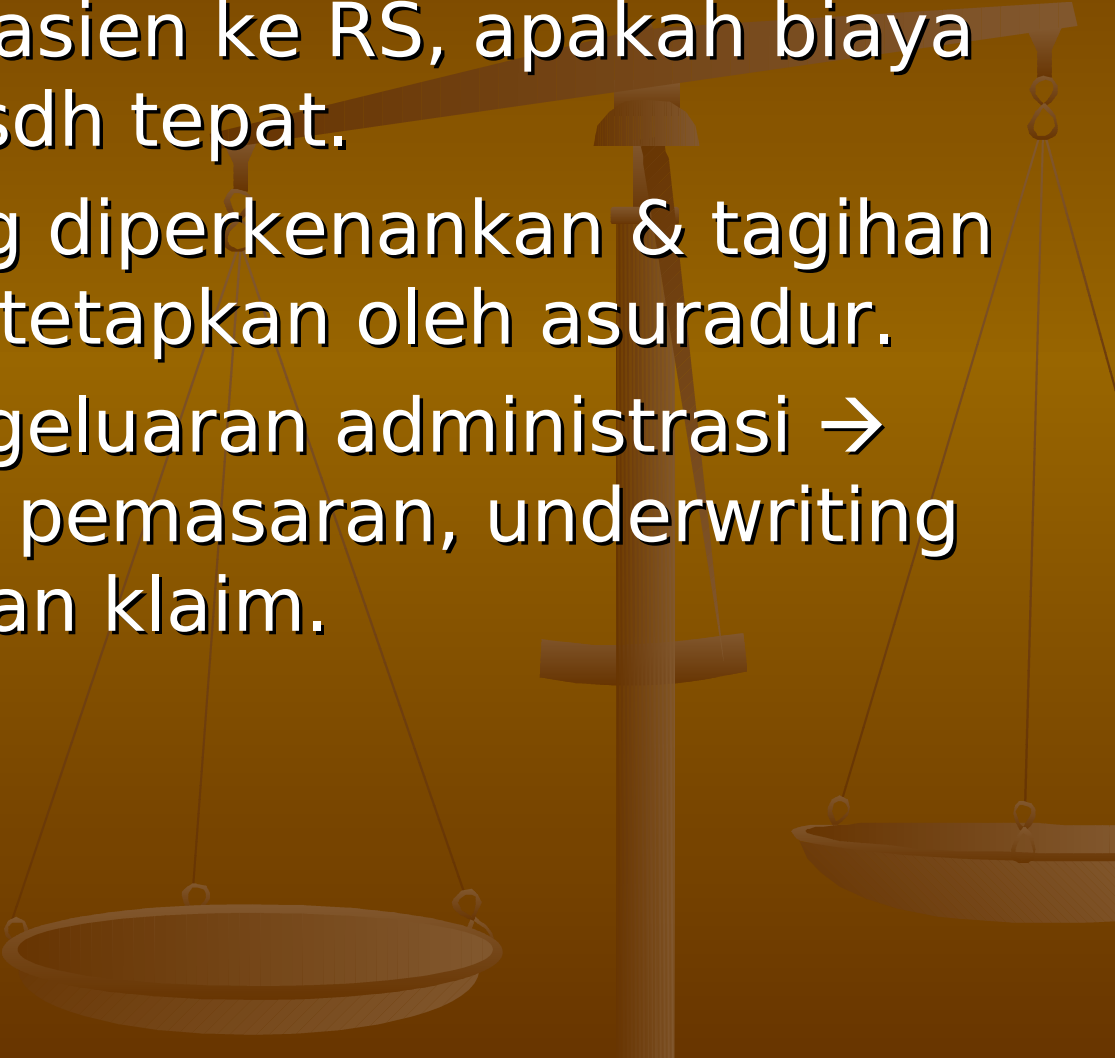
utk pelayanan detoksifikasi pasien yg baru sembuh dari ketergantungan obat/ alkohol.
meliputi: jasa konsultasi & pelatihan.
Di Indonesia di RSKO & Pamardi Siwi.

j. Hospice care:

utk pasien yg menderita sakit dlm tahap terminal (dgn kesempatan hidup krg dari 6 bln). Pengobatan lbh bersifat menghilangkan rasa sakit drpd penyembuhan, perhatian lbh kearah kebutuhan emosi & persiapan pasien & keluarganya menjelang kematian.



Selain upaya2 tersebut, asuradur juga melakukan:

1. Hospital billing audit → audit thd daftar pembayaran pasien ke RS, apakah biaya yg dikenakan sdh tepat.
 2. Batas tagihan yg diperkenankan & tagihan yg layak (yg ditetapkan oleh asuradur.
 3. Mengontrol pengeluaran administrasi → antara lain utk pemasaran, underwriting dan penanganan klaim.
- 



UPAYA KENDALI MUTU DGN TELAAH UTILISASI (UTILIZATION REVIEW)

dalam
MANAGED CARE

Utilization Review (UR) merupakan suatu metode utk memantapkan kualitas pelayanan dr provider

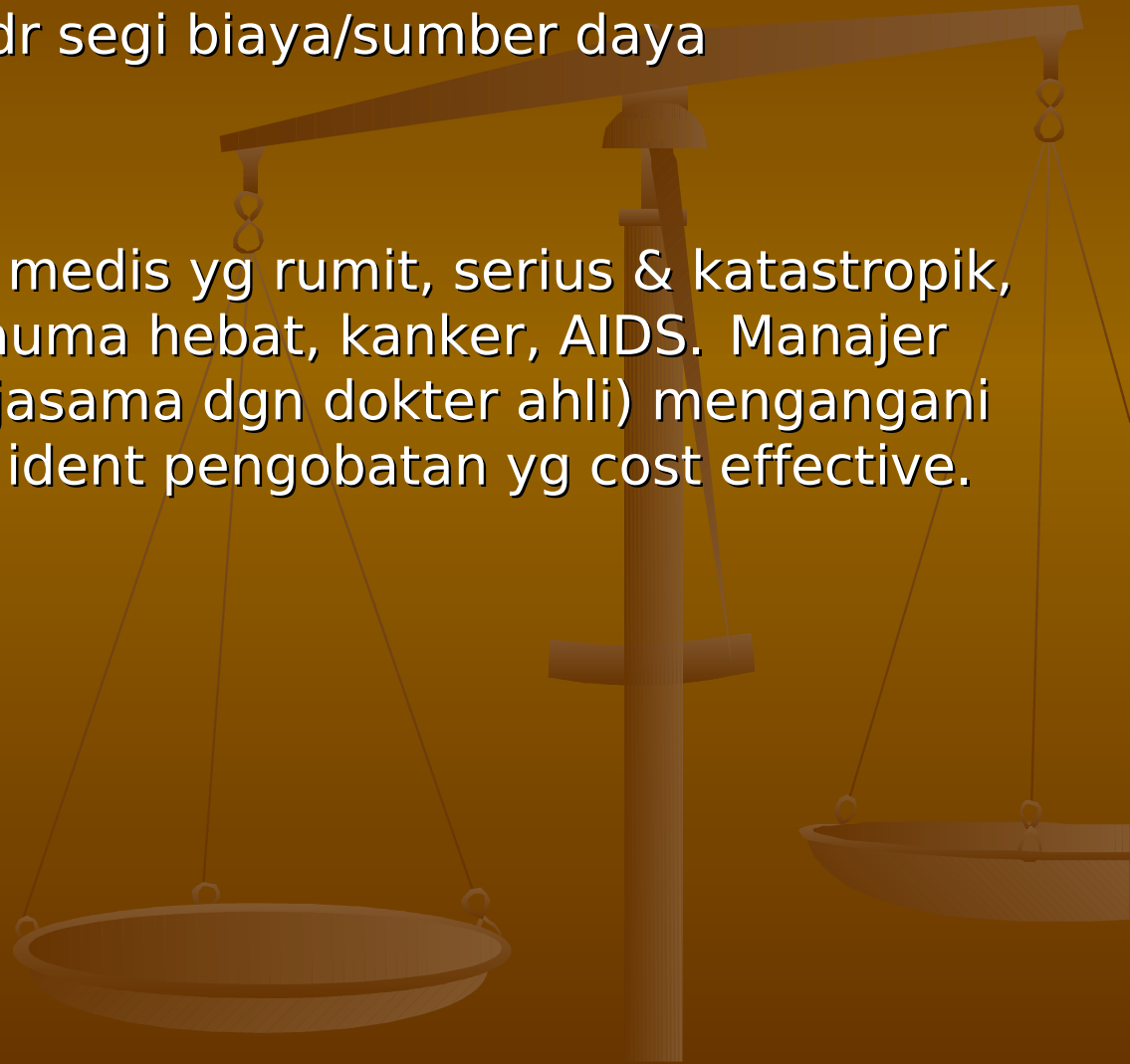
Tekniknya berfokus pd kontrol biaya dgn mengkaji

a. Pelayanan sec medis perlukah diberikan.

b. Kelayakan pelayanan dr segi biaya/sumber daya

A. MANAJEMEN KASUS :

Digunakan utk kondisi medis yg rumit, serius & katastropik, misal: primaturitas, trauma hebat, kanker, AIDS. Manajer kasus (perawat yg kerjasama dgn dokter ahli) mengangani kasus sec individual & ident pengobatan yg cost effective.



B.TELAAH PROSPEKTIF:

1.Telaah Utilisasi Rawat Inap:

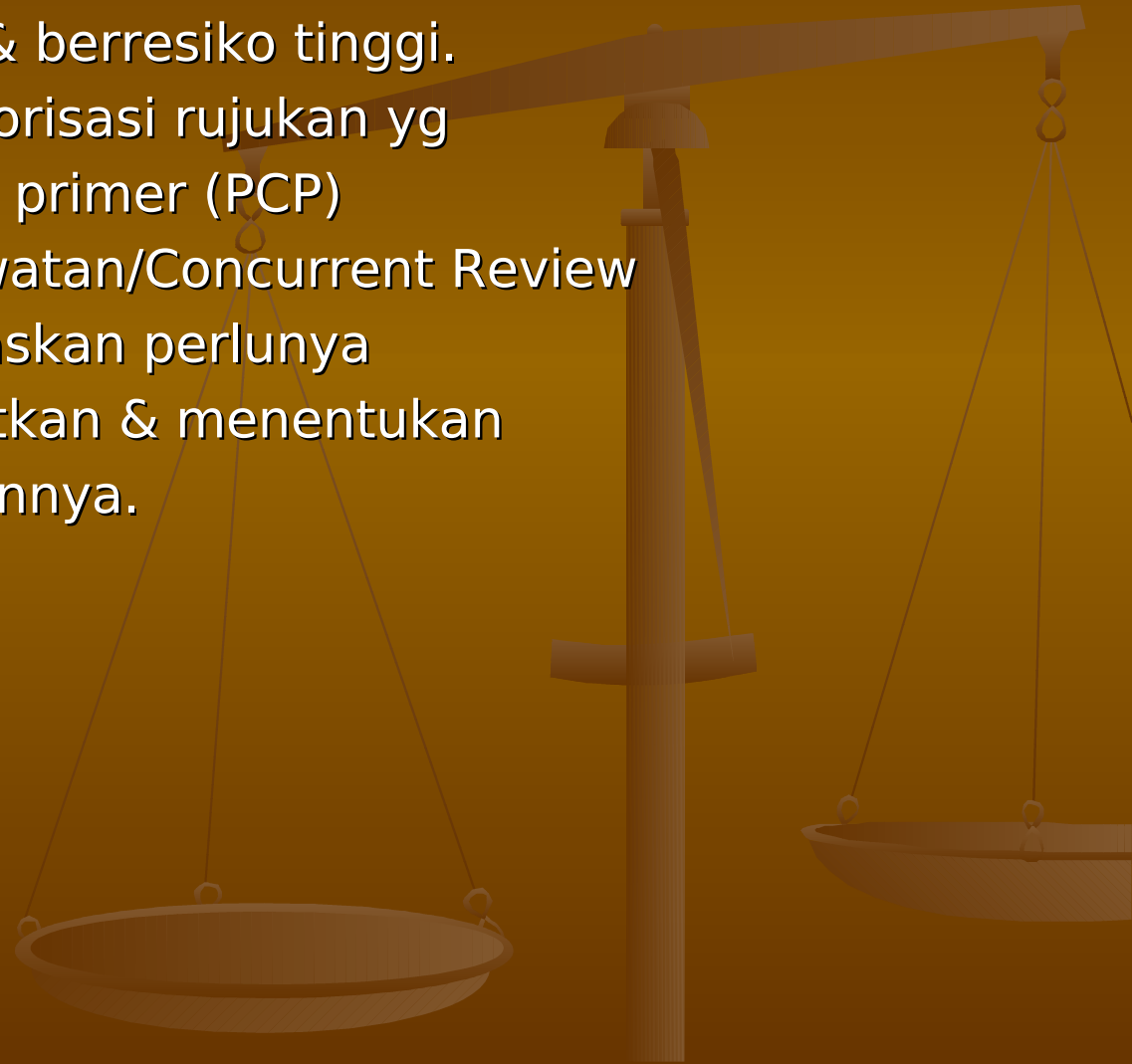
Utk mengurangi jml hari rawat inap yg tdk tepat/ tdk perlu. Asuradur menelaah kasus admisi RS,lama hari rawat serta pengobatan berdasarkan jenis kelamin, usia dan diagnosis.

- a.Sertifikasi pra masuk: proses pengesahan sblm dirawat, pasien hrs memperoleh otorisasi lbh dulu dari program review utk mendptkan perawatan RS yg bersifat elektif & non darurat. Contoh: PT Askes akan mengeluarkan surat jaminan stlh dilakukan pengecekan kelengkapan prosedur administrasi.

Bentuk yg lain yaitu pra sertifikasi pasien rawat jalan utk menentukan kelayakan prosedur rajal spt pembedahan. Pra sertifikasi jg dilakukan utk memantau pelayanan di rumah & evaluasi diagnostik yg mahal & berresiko tinggi.

Bentuk lain adalah otorisasi rujukan yg dilakukan oleh dokter primer (PCP)

b. Telaah pada saat perawatan/Concurrent Review
Dilakukan utk menegaskan perlunya perawatan RS dilanjutkan & menentukan kelayakan pengobatannya.



c. Perencanaan keluar dr RS (discharge planning):

Merencanakan & mengatur pelayanan apa saja yg msh hrs diterima pasien ketika sdh keluar RS yang mengatur adalah perawat, Rencana ini sering dipadukan dgn Concurrent Review & manajemen kasus, shg ketika pasien keluar akan mendptkan pelayanan cost effective.

C. TELAAH RETROSPEKTIF:

Dilakukan dgn mngkaji klaim sec retrospektif utk mengetahui kelayakan & ketepatan pelayanan yg tlg diberikan. Beberapa ukurannya al: pasien masuk kembali ke RS dlm 30 hr utk penyakit yg sama atau masuk darurat stlh keluar RS.

MENGATUR MUTU LEWAT PROVIDER:

1. Credentialing → kualitas provider dpt dipenuhi dgn memberikan syarat pd dokter utk lulus & mendptkan sertifikat lisensi dr organs profesinya

Utk RS sdh mendptkan akreditasi atau sertifikat mutu dari lembaga tertentu.

2. Profil dokter → profil dokter atau kelompok dokter dgn berbagai data pendukung ditelaah utk mengetahui kinerja mrk, apakah terbukti memberikan yankes yg baik & cost effective.

3. Riwayat malpraktek → berbagai data (termask data pengadilan) ditelaah utk mengetahui riwayat pernahkah melakukan malpraktek.

